

INFORMACIÓN DE REVALUACIÓN - PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ADOPCIONES (AAP)



NOMBRE DEL NIÑO(A)
FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO
NÚMERO DEL CASO DEL NIÑO EN RELACIÓN AL BENEFICIO DE AAP
CONDADO
FECHA LÍMITE (14 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA EN QUE SE ENVIÓ)

El propósito de este formulario es proporcionarle a la oficina pública responsable información actualizada sobre las necesidades del niño para el cual usted recibe un beneficio de AAP y cobertura del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal). **Por favor complete, firme, y póngale la fecha a este formulario antes de que pasen dos semanas.** Adjunte hojas adicionales si es necesario y envíelo a:

NOMBRE DE LA OFICINA PÚBLICA RESPONSABLE
DIRECCIÓN
TELÉFONO ()

Marque (✓) una de las siguientes casillas:

- Nosotros somos legalmente responsables del mantenimiento del niño y lo estamos manteniendo.
- El niño, cuyo nombre aparece arriba, ha cumplido 18 ó 21 años de edad.
- Nosotros ya no somos legalmente responsables del mantenimiento del niño cuyo nombre aparece arriba.
- Nosotros ya no mantenemos al niño cuyo nombre aparece arriba.

Marque (✓) una de las siguientes casillas:

- 1. Yo (o nosotros) ya no deseo recibir un beneficio de AAP y/o cobertura de Medi-Cal para el niño cuyo nombre aparece arriba. Si cambian las necesidades del niño, entonces yo (o nosotros) puedo ponerme en contacto con la oficina.
- 2. Yo (o nosotros) continúo necesitando el beneficio de AAP y/o la cobertura de Medi-Cal para el niño cuyo nombre aparece arriba. Las necesidades del niño no han cambiado suficientemente para justificar una reducción en el nivel del pago. Yo (o nosotros) pido que el beneficio de AAP continúe en el nivel actual.
- 3. Yo (o nosotros) continúo necesitando el beneficio de AAP y/o la cobertura de Medi-Cal para el niño cuyo nombre aparece arriba. Yo (o nosotros) estoy pidiendo un aumento en el beneficio de AAP porque han cambiado las necesidades del niño. Yo (o nosotros) le estoy proporcionando a la oficina la siguiente información para ayudarle a determinar si se otorgará o no un aumento en la asistencia, y si se otorga, en qué cantidad. **(Por favor complete la SECCIÓN I.)**
- 4. Yo (o nosotros) continúo necesitando el beneficio de AAP y/o la cobertura de Medi-Cal para el niño cuyo nombre aparece arriba. Yo (o nosotros) estoy pidiendo que el beneficio de AAP se reduzca a \$_____ porque han cambiado las necesidades del niño. Yo (o nosotros) entiendo que en cualquier momento que las necesidades del niño cambien, podré ponerme en contacto con la oficina para renegociar el beneficio de AAP.

Yo (o nosotros) entiendo que la fecha para la siguiente revaluación de mi niño será _____.

FECHA DE LA PRÓXIMA REVALUACIÓN

SECCIÓN I

1. Yo (o nosotros) estoy pidiendo un aumento en el beneficio de AAP, basándose en las siguientes necesidades del niño y circunstancias de la familia:

Adjunto documentación por escrito para ayudarle a la oficina de adopciones a hacer su determinación.

2. SEGURO DE SALUD

¿Tiene la familia seguro de salud? SÍ NO

Si la respuesta es "SÍ", dé el nombre del plan de seguros: _____

¿Está cubierto actualmente el niño por este seguro? SÍ NO

Si la respuesta es "NO", anote el motivo: _____

3. OTRA INFORMACIÓN

a. ¿Es el niño cliente de un centro regional? SÍ NO

Si la respuesta es "SÍ", ¿de cuál centro regional?: _____

4. CANTIDAD MENSUAL DEL BENEFICIO DE AAP QUE SE RECIBE ACTUALMENTE, SI LO HAY

Cantidad mensual total: \$ _____

Cuota básica: \$ _____

Incremento por cuidado especial: \$ _____

Servicios individualizados de apoyo (*wraparound*): \$ _____

Colocación fuera del hogar: \$ _____

Cantidad asignada para menores que reciben asistencia de dos oficinas (*dual agency rate*) más cuota suplemental elegible: \$ _____

Yo (o nosotros) certifico por medio de mi firma que la información proporcionada en este formulario, "Información de reevaluación - Programa de Asistencia para Adopciones (AAP)", es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender. Yo (o nosotros) hago esta declaración bajo pena de perjurio y entiendo que es posible que se me sujete a las sanciones por perjurio que se prescriben en el Código Penal de California, si en esta petición para asistencia relacionada a las adopciones deliberadamente oculto información pertinente o

FIRMA DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO

FECHA

FIRMA DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO

FECHA

DOMICILIO DE LA FAMILIA

TELÉFONO

()

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (EMAIL)